

Therapieoptionen bei duktalem Carcinoma in situ (DCIS) der weiblichen Brust in Abhängigkeit des Alters: Eine deskriptive Analyse von Krebsregisterdaten in Niedersachsen

Anja Groeneveld^{1,2}, Iris Urbschat¹, Joachim Hübner², Eunice Sirri¹, Claudia Vohmann^{1,2}, Joachim Kieschke^{1,2}

¹Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen (EKN), Registerstelle Oldenburg

²Klinische Landesauswertungsstelle Niedersachsen (KLast), Oldenburg

Einleitung: Das ductale Carcinoma in situ (DCIS) ist der häufigste in situ-Tumor der Brust und eine Vorstufe des invasiven Mammakarzinoms. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, das Fortschreiten eines DCIS vorherzusagen, empfiehlt die S3-Leitlinie eine vollständige Exzision des Tumors zur Minimierung des Progressionsrisikos. Dies kann durch eine brusterhaltende Therapie (BET) oder eine Mastektomie (ME) erfolgen [1]. Eine adjuvante Radiotherapie (RT) wird nach Abwägung des Risikoprofils zur BET empfohlen, um das Lokalrezidivrisiko zu verringern. Die Wahl der Therapie ist von Faktoren wie Tumoreigenschaften, genetischen Risikofaktoren, dem Gesundheitszustand der Patientin und ihrer Präferenz abhängig.

Zielsetzung: Diese Analyse untersucht auf Basis der Daten der Klinischen Landesauswertungsstelle Niedersachsen (KLast) altersbezogene Unterschiede in der operativen und radiologischen Therapie des DCIS.

Methodik: Die Datenanalyse umfasst 1.940 Frauen, die zwischen 2019 und 2022 in Niedersachsen neu mit DCIS (ICD-10 D05, ohne D05.0) diagnostiziert und innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung operiert wurden. 625 DCIS-Fälle wurden ausgeschlossen, da keine Operationsmeldung innerhalb eines Jahres vorlag. Ebenso wurden Patientinnen mit vorbestehendem invasivem Mammakarzinom (ICD-10 C50) ausgeschlossen. Erfasst wurden drei Therapieformen: 1) BET + RT, 2) BET ohne RT, 3) ME. BET mit zusätzlicher ME zählen zur Gruppe der ME. Die Auswertung erfolgte nach vier Altersklassen: 0–49 J., 50–59 J., 60–69 J., ≥70 J. Datenstand: 15.11.2024.

Ergebnisse: 27,2 % der Patientinnen erhielten eine alleinige BET, 56,2 % eine BET mit RT und 16,8 % eine ME. Die ME wurde am häufigsten bei Frauen unter 50 J. (37,2 %) und über 70 J. (24,3 %) durchgeführt. Bei den 50–59-Jährigen (14,8 %) und 60–69-Jährigen (10,0 %) war der Anteil deutlich niedriger. Eine BET mit RT wurde besonders häufig in den Screening-Altersgruppen 60–69 J. (63,7 %) und 50–59 J. (59,0 %) durchgeführt. Bei Frauen unter 50 J. und über 70 J. lag der Anteil bei 41,1 % bzw. 42,2 %. Der Anteil der alleinigen BET war bei den über 70-Jährigen (33,5 %) am höchsten, während er in den anderen Altersgruppen weniger variiert (<50 J.: 21,7 %, 50–59 J.: 26,2 %, 60–69 J.: 26,3 %).

Implikation für Forschung und Praxis: Der hohe Anteil an BET mit RT in den Screening-Altersgruppen könnte darauf hindeuten, dass im Screening häufiger ein DCIS mit günstiger Prognose erkannt wird, das sich für eine weniger radikale Behandlung eignet. Die S3-Leitlinie empfiehlt jedoch eine individuelle Abwägung der adjuvanten RT, da der Nutzen bei niedrigem Rezidivrisiko gering ist. In der Altersgruppe ab 70 J. könnte zudem aufgrund von Begleiterkrankungen, Bedenken hinsichtlich der

Belastung durch RT und Kontraindikationen eine höhere Häufigkeit von BET ohne RT auftreten. Diese Tendenz wird durch den höheren Anteil an Mastektomien in dieser Altersgruppe unterstützt. Der hohe Anteil an Mastektomien bei jüngeren Frauen (<50 J.) könnte auf ein erhöhtes familiäres Risiko für Brustkrebs hinweisen, welches die Wahl einer ME begünstigt. Es ist zu beachten, dass in dieser Analyse keine Daten zu Patientinnenpräferenzen und Begleiterkrankungen vorlagen. Weitere Untersuchungen sollten den Einfluss der Tumorgöße im Verhältnis zum Brustvolumen, des Gratings und des R-Status auf die Therapieentscheidung einbeziehen. Zudem sollten Überdiagnosen und Übertherapien in den Screening-Altersgruppen kritisch hinterfragt werden.

Literatur

[1] Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4. von Juni 2021. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf. Zugriff 9. Feb. 2025